

DOMANDA DI RICONFERMA SCUOLA DELL'INFANZIA a.s. 2019/2020.

Il/La sottoscritto/a _____

Padre Madre Tutore

dell'alunno/a _____

(cognome) _____ (nome) _____

nato a _____ prov. _____ il _____

residente a _____ in via _____ n. _____

tel. casa _____ cell.mamma _____ cell.papà _____

e mail _____

cittadinanza italiana

altro(indicare la nazionalità) _____ data di arrivo in Italia ___/___/___

CHIEDE

la **conferma** alla scuola dell'infanzia sede di **BUSANO** sez _____
per l'anno scolastico **2019/2020** optando per il seguente orario di frequenza:

orario ridotto (8.00 – 13.00)

orario ordinario: (8.00 – 16.00)

orario prolungato : (**solo per i genitori che entrambi lavorano**) (8.00 – 17.00)

(la scelta dell'orario effettuata al momento dell'iscrizione non può essere modificata se non per gravi motivi documentati)

A TAL FINE DICHIARA,

consapevole della responsabilità cui va incontro in caso di dichiarazione non corrispondente al vero,

che l'alunno/a sopra indicato/a nell'anno scolastico **2018/2019** ha frequentato **con regolarità** la

scuola dell'infanzia del comune di : _____ sez. _____

data _____

Firma del genitore _____